

会員薬局各位

一般社団法人岩手県薬剤師会
会長 畑澤 博巳**令和2年度 保険薬局研修会**

平素は本会会務に対しご理解ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、この度下記のとおり保険薬局研修会を開催いたします。

各位におかれましては、参加についてご検討いただき、別紙の参加申込書により岩手県薬剤師会事務局宛にFAXで申し込みください。

なお、新型コロナウイルス感染拡大防止対策にご協力をお願い致します。(別紙1)

記

名称	令和2年度 保険薬局研修会
日時	令和2年11月23日(月・祝) 13時～16時(受付は12時から13時30分まで) ※13時30分以降は受付を撤収致します。必ず時間内に受付を済ませて下さい。
場所	岩手県民会館 大ホール (盛岡市内丸13番1号 電話019-624-1171)
申込方法	参加申込書(別紙2)によりFAXでお申し込みください。 1薬局1名 の参加とし、 座席指定 とします。 送信先：岩手県薬剤師会 FAX 019-622-7182
申込期限	令和2年10月16日(金)
参加費	岩手県薬剤師会保険会員薬局の勤務者(薬剤師及び事務職員)：無料 非会員薬局の勤務者で岩手県薬剤師会会員：千円(1名につき) 非会員薬局の勤務者で岩手県薬剤師会非会員および事務職員：5千円(1名につき)
次 第	
1. あいさつ	岩手県薬剤師会 会長 畑澤博巳
2. 保険薬局の現況	岩手県薬剤師会 副会長 畑澤昌美
3. 調剤報酬算定の解釈と留意点	岩手県薬剤師会医療保険委員会 委員長 押切昌子
4. オンライン資格確認システムについて	厚生労働省 保険局 医療介護連携政策課 保険データ企画室長 大竹雄二
5. 医薬品・医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の 一部を改正する法律(改正薬機法)等への対応について	岩手県薬剤師会薬局ビジョン推進委員会 委員長 村井利昭
6. 令和2年度調剤報酬改定について	岩手県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員 本田昭二

この研修会は、日本薬剤師研修センター認定研修会です。(受講シール・2単位予定)

※事前にお申し込みのない方は参加できませんのでご了承下さい。※当日に使用するため、事前に送付された受講票、資料、座席表を封筒と共にご持参下さい。※研修シールは後日、事務局より郵送させていただきます。※写真撮影や録画、録音は禁止とさせていただきます。ご協力下さいますようお願い致します。

別紙 1

新型コロナウイルス感染症対策のためにご協力をお願いします。

- * 当日ご自宅での検温をお願いいたします。
- * 発熱(37.5度以上)や風邪等の症状(発熱、咳、くしゃみ、倦怠感など)がある場合は、研修会への参加は控えて下さい。
- * 過去2週間以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国・地域への訪問歴などある方は、参加を控えて下さい。
- * マスクの着用、咳エチケット、手指消毒の徹底をお願いいたします。
- * 受付時、検温いたしますので、ご協力をお願いいたします。
- * 出席の確認をいたしますので、受講票を受付へお出し下さい。
- * 当日、事前に送付された受講票、資料、座席表を封筒と共にご持参下さい。
- * 指定された席に着席いただきますようお願いいたします。参加者同士の接触、会話を控えていただくようご協力下さい。
- * 入室・退出時(入退場時の行列を含む)や集合場所・トイレにおいて、人と人との十分な間隔(できるだけ2mを目安に)を確保していただくようお願いいたします。
- * お帰りになる際は、混雑を避けるため、係員の誘導に従うようお願いいたします。
- * 感染症対策として、スマートフォンをお持ちの方は接触確認アプリの活用をご検討下さい。
- * 感染者が発生した場合は、参加者の氏名・勤務先等の情報を保健所等の公的機関へ提供する場合がありますのでご了承願います。

別紙 2

保険薬局研修会参加申込書

令和 2 年 月 日

薬局名

(市町村)

	どちらかに ○印をつけて下さい	
参加者氏名：	薬剤師	非薬剤師
薬剤師免許証番号：		

【注意事項】

- * 1 薬局 1 名の参加とします。
- * 必要事項を記入して、FAXでお申し込み下さい。
- * 事前にお申し込みのない方は参加できません。
- * 座席指定となります。
- * 事前に各薬局へ受講票、資料、座席表等を送付します。
- * 当日に使用するため、送付された受講票、資料、座席表を封筒と共にご持参下さい。
- * 研修シールは後日、勤務されている薬局へ郵送します。
- * 薬剤師免許証番号をお知らせいただけない場合は、研修シールのお渡しはできません。
- * 後日、研修会の資料を各会員薬局に送付します。

申込み期限 令和2年10月16日(金)

申込先 岩手県薬剤師会事務局

FAX : 019-622-7182